Die Behandlung der chronisch entzündlichen Adnexerkrankungen.

(Kritische Studie nach statistischen Erhebungen aus dem Material des St. Marien-Krankenhauses in Berlin und der Poliklinik für Frauenkrankheiten von Dr. Moraller.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Alfons Landeker,
approb. Arzt aus Ludwigshafen a. Rh.

München 1911.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545819_0105

Die Behandlung der chronisch entzündlichen Adnexerkrankungen.

(Kritische Studie nach statistischen Erhebungen aus dem Material des St. Marien-Krankenhauses in Berlin und der Poliklinik für Frauenkrankheiten von Dr. Moraller.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

ACAD. MED. BAT. BIBL.

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Alfons Landeker,
approb. Arzt aus Ludwigshafen a. Rh.

München 1911.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät an der Universität München.

Referent:
Herr Prof., K. Geh. Hofrat Dr. Albert Döderlein.

Mehr als zwei Jahre sind verstrichen, seitdem Prochownick in einer Versammlung des Hamburger ärztlichen Vereins in lapidarer Ausdrucksweise die rationelle Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen als das wichtigste Problem der modernen Gynäkologie bezeichnete. Sein Mahn- und Weckruf gipfelte in der Forderung, unter Heranziehung aller, besonders aber der biologischen und klinischen Hilfsmittel auf Grund exakter Krankenbeobachtungen bestimmte, strikte Indikationen zu operativem Vorgehen aufzustellen und erst nach sorgfältiger gewissenhafter Bewertung aller konservativen therapeutischen Möglichkeiten die operative Heilung anzustreben, am besten erst nach dem Versagen einer oder mehrerer genau durchgeführter Krankenhausbehandlungen. Im allgemeinen sei der Grundsatz aufzustellen, dass sowohl die operative wie die konservative Methode zu Recht bestünden, da es ja nicht verschwiegen werden könne, dass die ausschliesslich konservative Behandlung, weil sie einen beträchtlichen Prozentsatz der Kranken nicht zur völligen Heilung bringe, auf die Dauer weder den praktischen Arzt noch den Spezialisten befriedigen könne. Es sei daher unsere derzeitige Aufgabe darin zu erblicken, die Grenzen des Konservativismus unter Zugrundelegung exakter Krankenbeobachtungen und sorgfältiger Nachuntersuchungen abzustecken, einem planlosen Überwuchern operativer Massnahmen ebenso einen Damm zu setzen, wie einem ziel- und zwecklosen Hinwarten in der aussichtslosen Befolgung konservativer Heilmethoden. Die zweite Generation von Gynäkologen möge

ihr Ziel darin erblicken, dem praktischen Arzt einen klaren Weg zu weisen, wie, wann und wie lange die chronisch-entzündlichen Adnexerkrankungen konservativ, zu welchem Zeitpunkte sie operativ behandelt werden sollen. So etwa die Gedanken und Worte Prochownicks.

Sie boten mir die willkommene Anregung zu dieser Arbeit, dem Resultat zahlreicher Krankenbeobachtungen und Nachuntersuchungen, die ich unter der liebenswürdigen Förderung des Herrn Dr. Moraller, dirig. Arztes der gynäkologischen Abteilung des St. Marien-Krankenhauses in Berlin an dessen Krankenhaus- und poliklinischen Material anstellte. Willkommen deswegen, weil diese Arbeit es mir ermöglichte, die Erfahrungen und Beobachtungstatsachen, die ich in praktischer Tätigkeit unter der Leitung von sechs Gynäkologen (Prof. Amann, Privatdozent Dr. Ziegenspeck, Hofrat Dr. Teilhaber in München, Prof. Strassmann, Dr. Moraller, Dr. Michelmann, Berlin) mir zu eigen gemacht hatte, in systematischen Untersuchungen im Spiegelbild einer einheitlich durchgeführten Methode abwägend kritisch zu bewerten, willkommen auch deswegen, weil sie mir Gelegenheit bot, das zarte Saitenspiel zu studieren, in dem die weibliche Seele vibriert, eine Feinarbeit, die für den Psychologen ebenso reizvoll als für den Sozialpolitiker wertvoll erscheint, der in den anamnestischen Daten und seelischen Begleiterscheinungen eines wohlbekannten Krankheitsbildes die Folgen von Gemeinschädigungen erkennt, die in ihrer Gesamtheit der Gesellschaft zur Last fallen. Es liegt in meiner Absicht, hier auch die soziale Seite der aufgerollten Frage zu betonen, die bei den therapeutischen Möglichkeiten und der Prophylaxe in anderen Arbeiten zwar flüchtig erwähnt, aber nirgends ausführlich genug gewürdigt wird. Doch scheint es mir richtig, bei der Beurteilung und Wertung solcher Fragen die Krankheit nicht loszulösen vom kranken Menschen, der nach wie vor,

für den Schriftsteller wie für den Arzt, ein Produkt seiner Lebensbedingungen sein muss, und dessen seelisches Erleben so eng verbunden ist mit dem Getriebe sozialer Verhältnisse. Galt es doch hier Fragen zu streifen — ich erwähne nur das traurige Kapitel der Geschlechtskrankheiten und des Alkoholismus, die Überbürdung der heranwachsenden weiblichen Jugend durch Nachtarbeit, den mangelhaften Schutz der erholungsbedürftigen Wöchnerinnen, den Einfluss von Gewerbekrankheiten, die traurigen Folgen der kriminellen Abtreibung, ihre gesellschaftlichen Ursachen und Voraussetzungen —, alles Fragen, die in ihrer Gesamtheit krasse Schlagschatten auf die soziale Seite unserer Untersuchungen werfen, der man, unter Berücksichtigung ihres Einflusses auf die weibliche Psyche, neben der körperlichen Gesundung doch auch ihren wohlverdienten Platz anweisen muss. Was wissenschaftlich diese Frage nicht gemeinhin als aktuell erscheinen liess, war die Tatsache, über die Häufigkeit der Gonorrhoe in der Grosstadt, über ihren Einfluss auf das Zustandekommen der Tubargravidität, über den Zusammenhang der Erkrankungen der Adnexe mit den Entzündungen der unteren Darmabschnitte und last not least über das Auftreten und Verschwinden nervöser Reflexsymptome in ihrer Beziehung zur konservativen und operativen Therapie wissenswertes Material sammeln zu können. Mussten doch dabei Zeit- und Streitfragen aufgerollt werden, die für den Gynäkologen wie für den Neurologen gleich interessant sind in einem Zeitalter, wo das Schlagwort „innere Sekretion“ praktischen Wert angenommen hat und wo man die Hormonentheorie schon mit Erfolg therapeutisch zu verwerten bestrebt ist.

An dem Anfang meiner eigentlichen Abhandlung möge es mir erlaubt sein, die Entwicklung der mich beschäftigenden Streitfragen historisch-kritisch zu würdigen. Die ins Auge springenden Erfolge einer verfeinerten chirurgischen Technik,

unterstützt durch die Segnungen einer peinlichen Asepsis und Antisepsis, haben in der Gynäkologie eine operative Ära eingeleitet, deren Grundgedanke, den Krankheitsherd und damit die Krankheit zu beseitigen, bald zu unausbleiblichen Enttäuschungen führte durch die Verschlimmerung oder doch durch das Fortbestehen von Krankheitssymptomen, die man endgültig für beseitigt hielt. Diesem Radikalismus der Operationssucht, die, wie ein satyrischer Gynäkologe sich ausdrückte, nur erproben wollte, wie viel Operationen das menschliche Weib aushält, folgte in neuerer Zeit ein weitgehender Konservativismus, dessen Einseitigkeit ebensowenig befriedigen konnte, als eine weitere Verbesserung der Operationsmethoden, durch Bevorzugung der vaginalen gegenüber den abdominellen, uns wesentlich weiterbringen konnte. Erst als eine Reihe von berufenen Autoren Front machte gegen die unwissenschaftliche Art eines einseitigen und kritiklosen Schematismus, der die einzuschlagende Therapie durchaus nicht den besonders gearteten Verhältnissen des speziellen Krankheitsfalles anzupassen verstand, sondern doktrinär auf dem einmal eingenommenen Standpunkt, war er nun operativ oder konservativ, verharrte, kam neues Leben in die Behandlung dieser praktisch wichtigen Fragen. Jetzt tauchten da und dort neue umwälzende Gedanken auf, und auf dem Wege über verstreute Einzelerkenntnisse, welche die wissenschaftliche Forschung mühsam erarbeitet hatte, kam man allmählich zu einer glücklichen Gesamterkenntnis des Zusammenhangs zwischen Ätiologie, Genese und Behandlungsart spezifischer Krankheitsformen. Als oberster Grundsatz beim Fassen einer massgebenden Entscheidung wurde das individualistische Prinzip einer verschiedenen Reaktion des Körpers verschieden widerstandsfähiger und empfänglicher Personen auf die gleiche Erkrankung und die Schwere einer gleichartigen Erkrankung nach der Art ihrer Genese betont. Gestützt auf dieses als

richtig erkannte Prinzip sehen wir daher in den neueren Arbeiten überall den Versuch gemacht, die chronisch entzündlichen Adnexerkrankungen individualisierend nach verschiedenen Gesichtspunkten einzuteilen, nämlich: 1. nach ätiologischen Momenten und 2. nach klinischen Erfahrungen. Unter spezieller Betonung des oben aufgestellten Grundsatzes scheint es mir nun angebracht, vor allem auch das Alter der Patientinnen in den Kreis unserer prognostischen Betrachtungen zu ziehen, ein Punkt, den ich in so vielen neueren Arbeiten vermissen musste, und doch scheint mir gerade dieser Gesichtspunkt sowohl bei der Stellungnahme zu operativen Massnahmen ebenso wie bei der Fortsetzung resp. Wiederholung einer vielleicht weniger erfolgreichen Krankenhausbehandlung sehr in Betracht zu kommen. Denn ebenso wie es torpide und erethische Uteri gibt, ist wohl die Disposition und Resistenz, die nervöse Reflexion ebenso wie die Restitutionsfähigkeit unter dem Einfluss antitoxischer Schutzkräfte in verschiedenen Altersperioden verschieden, wobei allerdings auch die Häufigkeit der Reizung durch den geschlechtlichen Verkehr, die Wiederkehr und der Typus der Menstruation, der Einfluss der Gravidität neben den mehr oder weniger günstigen sozialen Einflüssen, die wir oben gestreift haben, eine Rolle zu spielen berufen erscheint. Dies erklärt schon, warum verschiedene statistische Erhebungen, mögen sie nun vom operativen oder konservativen Standpunkte ausgehen oder zwei Zeitabschnitte an gleichen Instituten mit wechselndem Behandlungsprinzip vergleichen, beide gestützt auf die exakte Durchführung einheitlicher und gleichartiger Gesichtspunkte, oft zu ganz widersprechenden Ergebnissen führen, deren Endresultate eben nur deshalb so differieren, weil, wie dies auch Zinsser hervorhebt, in einer wenig glücklichen Gruppierung Fälle verschiedener Provenienz und Schwere zusammengeworfen werden, und es bedarf der

Berücksichtigung all dieser Momente, um es nicht als ein wenig schmeichelhaftes Dokument der Objektivität ärztlicher Forschung erscheinen zu lassen, wenn von zwei Publikationen aus anerkannt erstklassigen Instituten die eine zu dem Resultat kommt, dass die konservative Richtung die operative auf der ganzen Linie geschlagen hat, während es im Resumée der anderen Arbeit heisst, die Operation der Pyosalpinx sei ein ausserordentlich dankbares Feld operativer Tätigkeit (Zinsser).

Wir haben oben erwähnt, dass uns eine ätiologische Einteilung der chronisch-entzündlichen Adnexerkrankungen einen Fingerzeig in der Art ihrer Behandlung zu geben berufen erscheint; indessen mag nicht unerwähnt bleiben, dass einer Differenzierung nach den vorgeschlagenen Gesichtspunkten vielseitige Schwierigkeiten entgegenstehen, denn hiezu gehört vor allem ein sehr grosses Material, vielfache operative Autopsien sowie der Ausschluss aller sicheren oder wahrscheinlichen Mischinfektionen. Dazu kommt schliesslich noch die Unmöglichkeit, viele Fälle überhaupt ätiologisch und genetisch aufzuklären. Ist mir doch aus meiner Münchener Tätigkeit unter der Leitung von Herrn Dr. Ziegenspeck ein Fall lebhaft in Erinnerung, wo nach einer vorausgegangenen Erkältung und Durchnässung bei der Periode bei einer 20jährigen Virgo, die wegen einer leichten Endometritis in unserer Behandlung stand, plötzlich vor unseren Augen das klinische und palpatorische Bild eines grossen hämorrhagischen Exsudats auftrat, das in allmählicher Resorption unter thermotherapeutischen und hydriatischen Massnahmen deutlich die charakteristische Form der Dreilappung annahm. Als sich Herr Dr. Ziegenspeck nach achtwöchentlichem Fortbestehen der Beschwerden, da die Patientin auch geringe Temperatursteigerungen und sogar einmal einen leichten Schüttelfrost hatte, zu operativem Vorgehen entschloss, fanden

sich bei der der Operation vorausgehenden Narkosenuntersuchung schon zwei verdächtige mehr zirkumskripte wurstförmige Auftreibungen neben dem Uterus, die sich bei der anschliessenden Colpocoeliotomie wirklich als Hydrosalpinx und Pyosalpinx entpuppten. In diesem Falle war sicherlich keine Gonorrhoe vorausgegangen, es bestand keine Obstipation, keine Tuberkulose war nachweisbar, keinerlei intrauteriner Eingriff hatte stattgefunden. Es schloss sich eine vollkommen glatte Rekonvaleszenz an, die Beschwerden der Patientin sind verschwunden, die sichere Ätiologie und Genese dieses Falles ist auch heute noch völlig unaufgeklärt. Neben diesen Fällen mit unklarer Entstehungsursache treten uns hauptsächlich zwei Gruppen entgegen: solche, die, wie dies hauptsächlich französische Autoren hervorheben, durch starke Kongestionen zum Becken das Bild entzündlicher Reizungen und reflektorischer Empfindlichkeit vortäuschen und zweitens solche schwerster Eiterung, die im Gegensatz zu den erstgenannten oft jeder konservativen Therapie hartnäckig Trotz bieten. Aus der grossen Skala der chronisch-entzündlichen Adnexerkrankungen lassen sich also ätiologisch folgende Typen herausgreifen:

1. Gonorrhoische Ansteckung a) in extrapuerperalem, b) in puerperalem Zustande,
2. reine puerperale Infektionen,
3. reine primäre Genitaltuberkulose,
4. allgemeine Infektionskrankheiten,
5. Übergreifen entzündlicher Prozesse auf die Adnexe vom Darm aus, besonders vom Proc. vermiformis,
6. therapeutische Infektionen,
7. Mischinfektionen, insbesonders Gonorrhoe und Tuberkulose, gonorrhoische und therapeutische Infektionen,
8. unklare Ursachen der chronischen Entzündungen (Konstitutionsanomalien, Onanie, Kongestionen, z. B. durch Maschinennähen).

Im allgemeinen ist also die Ursache der Adnexentzündungen bedingt durch die Fortpflanzung eines entzündlichen Prozesses vom Uterus, seltener vom Darm her. Als Entzündungserreger sind Streptococcen, Staphylococcen, Gonococcen, Bacterium coli, Tuberkelbazillen, Aktinomyces gefunden worden. All diesen Erregern ist mehr oder weniger die Tendenz zur Abszedierung, Destruktion und Deformation in dem von ihnen befallenen Gewebe eigen, so dass in Anlehnung an die Einteilung der Appendicitisformen eine rein katarrhalische der destruktiven und deformativen Form entgegengestellt werden darf, welche in seltenen Fällen, in vollkommener Übereinstimmung mit den Typen der Appendicitis, zur Perforation führen kann. Man kann also die rein katarrhalischen Entzündungsformen, die ähnlich, wie die gleichartigen Affektionen der Gebärmutterschleimhaut auf zirkulatorischen, nervösen oder konstitutionellen Ursachen beruhen, auch als gutartige bezeichnen, weil gewöhnlich durch eine streng durchgeführte Schonungstherapie und unter Behandlung der ursächlichen Störungen in kurzer Zeit die Schwellung und Druckempfindlichkeit der Adnexe ohne bleibende anatomische Veränderung verschwinden, wenn auch in seltenen Ausnahmefällen diese Regel durchbrochen wird. Berichtet doch Gottschalk von einem Falle starker katarrhalischer Endometritis und Salpingitis auf der Basis einer durch Onanie komplizierten Chlorose bei einem jungfräulichen Mädchen, wo die von der katarrhalischen Entzündung herrührenden Schleimhautveränderungen als Ursache einer Eileiterschwangerschaft anzusehen waren, die in der sechsten Woche durch Ruptur der Tube zum Exitus führte. Unter den bösartigen, infektiös eitrigen Entzündungen nimmt die gonorrhoische den grössten Raum ein, neben dieser kommen hauptsächlich puerperal-septische Prozesse, Infektion vom Darm und in selteneren Fällen Tuberkulose, teils als selbständige Erkrankung, teils als Mischinfektion in Frage,

wobei dann auch die therapeutische Infektion als auslösende oder begünstigende Ursache zur Vervollständigung des Bildes herangezogen werden muss. Die letztere Gruppe der bösartigen Erkrankungen ist es, die den Praktiker und Gynäkologen hauptsächlich beschäftigt, weil sie infolge der Schwere ihrer Symptome die Patientinnen viel häufiger zum Arzte führt, als die gutartigen Schwellungszustände, die oft schon durch eine allgemeine roborierende Therapie ohne Lokalbehandlung zum Schwinden kommen, und weil ferner die Virgines — denn um solche handelt es sich dabei in vielen Fällen — nach erfolgter Verheiratung durch das Eintreten ihrer physiologischen Vollreife in sexueller Beziehung bald körperlich und seelisch in jenen blühenden Gesundheitszustand versetzt werden, der die junge Frau in den ersten Monaten so vorteilhaft auszeichnet.

Die Einteilung der Krankheitsformen von ätiologischen Gesichtspunkten aus erscheint auf den ersten Blick so klar und in die Augen springend, dass man den lebhaften Wunsch hat, dieses Einteilungsprinzip zur Prognosenstellung in möglichst weitgehendem Masse heranzuziehen. Und dieses Bestreben ist auch gerechtfertigt, denn bei genauer langfortgesetzter Krankenbeobachtung zeigt sich, dass vor allem die rein gonorrhoischen Fälle eine grosse Tendenz zur Heilung haben, so dass bei diesen durch ausschliesslich konservative Massnahmen beachtenswerte Resultate zu erzielen sind, eine von mehreren Seiten hervorgehobene Beobachtung, die vor allem durch Krönig gestützt wird, der an dem reichen Material der Leipziger Klinik zu demselben Resumé kam und durch Zinsser, dessen Erfahrungen an der Jenenser Frauenklinik ebenfalls für meine obigen Angaben beweisend sind. An zweiter Stelle stehen, was konservative Heilmöglichkeit betrifft, die puerperalen Folgekrankheiten, von denen auch der grösste Prozentsatz durch eine rationelle konser-

vative Therapie zur Ausheilung zu bringen ist, wenn man auch leider bei manchen vereinzelten Fällen oft noch nach Jahren die unangenehmsten und beängstigendsten Erscheinungen, ja sogar Exitus letalis beobachten kann. Als dritte Gruppe bleiben dann die grosse Zahl der Fälle von Mischinfektionen, die am hartnäckigsten in der Behandlung erscheinen, besonders dann, wenn (was auch Engström und dann in München Albrecht an dem Material der Amannschen Klinik nachgewiesen hat) eine Komplikation der rechtseitigen Adnexerkrankungen mit Entzündung der unteren Darmabschnitte besteht. In der Therapie dieser zuletzt erwähnten Gruppe lässt sich kaum eine Norm aufstellen. Hier sind wir einzig und allein auf den klinischen Erfolg unserer Behandlung und auf unser individuelles Gefühl angewiesen, wenn wir uns auch in diesen Fällen viel leichter zu einer Operation entschliessen können und müssen.

Mit diesem Satz ist auch schon ausgesprochen, dass ein Einteilungsprinzip nach rein ätiologischen Momenten mit Bezug auf die Stellung der Prognose und die operativen Indikationen leider nur zu oft als unzulänglich versagen muss, da wir es ja z. B. immer wieder erleben müssen, dass eine gonorrhoische Salpingitis, deren erster Anfall durch konservative Behandlung zu einer vollständigen Beseitigung der Beschwerden führte, später als Mischinfektion eine Laparatomie erfordert. Die Mischinfektionen vor allem waren es ja auch, welche uns gebieterisch die Notwendigkeit auferlegten, unter Heranziehung des ganzen Schatzes der modernsten biologischen Hilfsmittel neue Wege zu suchen, welche die Heilungstendenz prognostisch abzugrenzen ermöglichten, ein Kapitel, das wir bei der Besprechung der Therapie noch einmal streifen werden. Hier mag nur noch einmal zusammenfassend betont werden, dass die Klassifizierung dieser Krankheitsformen nach ätiologischen Momenten als wünschenswertes

Ideal angestrebt werden muss, dass aber bis zur Entdeckung wirklich untrüglicher diagnostischer Methoden allein das Resultat unserer klinischen Beobachtung massgebend für unser weiteres Handeln sein darf, wenn auch mit Recht die Feststellung ätiologischer Momente uns allgemeine Richtlinien in Bezug auf Heilplan und Prognose zu geben berufen erscheint. Was nun die Frage der einseitigen oder doppelseitigen Adnexerkrankungen betrifft in Bezug auf die Prognose, so erübrigt sich die Besprechung dieser Frage deshalb, weil in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Erkrankung beide Seiten entweder sofort oder in rascher Aufeinanderfolge befällt. Immerhin ist zu betonen, dass bei der gleichbleibenden Art der Behandlung die linksseitige Affektion als prognostisch günstiger anzusprechen ist, wegen der bei der rechtseitigen Erkrankung sehr oft komplizierenden Appendicitis. Indess muss überhaupt die Prognose all dieser Erkrankungen leider sehr oft problematisch bleiben durch die drängende Entscheidung zur Operation, für deren Bevorzugung rein soziale Verhältnisse unwillkommene Richtlinien abgeben.

Was nun die Operation an sich anbetrifft, so ist bezüglich der Prognose bei der Notwendigkeit radikaler Eingriffe — die Methoden werden wir später kritisch würdigen — der Eindruck unverkennbar, dass in Bezug auf Heilung der symptomatischen Beschwerden ein Dauererfolg hauptsächlich bei einer Altersgrenze von 35—40 Jahren an zu erzielen ist, weil sich dann die nervösen Ausfallserscheinungen der künstlich antizipierten Klimax nicht so sehr geltend machen, um so mehr als in diesem Alter bei der Nähe der physiologischen Menopause und der durch die Krankheit bedingten Degeneration der Ovarien der plötzliche Fortfall der inneren Sekretion der Ovarien, wie dies auch Klein annimmt, nicht so schwerwiegend bei der Entscheidung über die Operation zu bewerten ist, was wir aber im Gegensatz zu diesem bei jüngeren Pa-

tientinnen durchaus nicht feststellen konnten. So erscheint denn bei der allgemeinen Klassifizierung im Hinblick auf die Prognose sowohl des Leidens wie der therapeutischen Möglichkeiten im grossen und ganzen bei der reinen gonorrhoischen und der reinen puerperalen Erkrankung der konservative Weg vor allem berechtigt, bei den Mischinfektionen und im höheren Alter in sehr vielen Fällen nach vergeblich angestrebter konservativer Behandlung der operative Weg notwendig und oft Erfolg versprechend. Doch auch bei jüngeren Personen mit gonorrhoischer und puerperaler Adnexerkrankungen muss derselbe eingeschlagen werden, teils unter dem Zwang sozialer Verhältnisse, teils aber auch dann, wenn, wie wir dies später ausführen werden, eine konservative Krankenhausbehandlung keinen nennenswerten Erfolg erzielen lässt, wobei wir bemerken möchten, dass auch bei den gonorrhoischen Erkrankungen, die zur Operation drängen, entgegen den Anschauungen vieler Autoren, uns eine möglichst konservative Operation geboten erscheint. Bei allen Adnexerkrankungen mit anderer Ätiologie ist die möglichste Schonung wenig erkrankter Organteile prinzipiell durchzuführen, eine Anschauung, die fast alle modernen Bearbeiter dieser Frage teilen.

Bezüglich des Zeitpunktes der vorzunehmenden Operation gehen die Meinungen weit auseinander. Während die einen die Operation möglichst lange hinauszuschieben suchen, treten die anderen unbedingt für frühzeitige Operation ein. Unter den letzteren befindet sich auch Prochownick, der an der Hand eines grossen Materials durch Vergleich zweier Zeitabschnitte mit ganz verschiedenem Behandlungsprinzip für die frühzeitige Operation sich ausspricht, da er auf Grund seiner statistischen Erhebungen nachweisen kann, dass infolge der grösseren Schwierigkeiten der Operation bei zu langem Zuwarten, im schlecht gerechtfertigten Vertrauen auf einen

zu weit getriebenen Konservativismus, sich die Mortalität und Morbidität trotz der Verfeinerung der Technik und Asepsis im Vergleich zu den Erfolgen der Frühoperationen eher verschlechterte als verbesserte. Gestützt auf die dritte und letzte Serie seiner Vergleichsreihen kommt er daher im Hinblick auf die Schwierigkeiten bei lange hinausgezögerter Operation, die in den mit der Zeit immer inniger werdenden Verwachsungen, in der entsprechend zunehmenden Bindegewebsschrumpfung, in den unvermeidlichen Darmablösungen und -resektionen, vor allem aber in der bis zur Unmöglichkeit gesteigerten Schwierigkeit eines exakten Bauchfellabschlusses begründet sind, zum Entschluss, möglichst frühzeitig zu operieren, d. h. nach der Erfolglosigkeit einer oder mehrerer exakt durchgeführter klinischer Lagerungen unter strengen konservativen Massnahmen. Auch ich muss mich auf Grund der Operationserfolge im Marienkrankenhause zu dieser Ansicht bekennen, nur mit der Einschränkung, dass man vielleicht bei sozial bessergestellten Frauen im Vertrauen auf eine auch im Hause oder in sogenannten Damenbädern exakt durchgeführte Nachkur den Zeitpunkt der Operation hinausschieben kann. Bei den Patientinnen der arbeitenden Klassen scheint es mir genügend zu sein, selbst wenn die Einsicht der Krankenkassen eine längere konservative Behandlungszeit erlauben würde, zwei bis höchstens drei etwa vierwöchentliche klinische Lagerungen durchzuführen, deren Erfolg in subjektiver und objektiver Beziehung etwa zwei Monate nach dem Austritt aus der Krankenhausbehandlung an der mitten im Kampf des Berufs stehenden Patientin nachzukontrollieren wäre. Man könnte also innerhalb eines halben Jahres nach Übernahme der Behandlung bei schon abgeklungenen chronischen Fällen die Entscheidung bezüglich der Operation herbeiführen. Bei den akuten unserer Behandlung anvertrauten Fällen, besonders den septischen, muss natürlich, wenn keine Vitalindikation gegeben ist, schon mit

Rücksicht auf die Virulenz der Eitercoccen etwa ein Zwischenraum von $^3/_4$—1 Jahr als Vorbedingung zu der etwa nötig werdenden Operation gelten. Die Operation in chronischen Fällen ist dann indiziert und zwar sobald als möglich, wenn trotz exakt durchgeführter klinischer Ruhe die Beschwerden so hochgradige sind, dass der Lebensgenuss vergällt und die Erfüllung der Frauenpflichten unmöglich gemacht wird. Ich habe hiemit absichtlich den subjektiven Befund als massgebend hingestellt, weil der objektive Befund, wenn er natürlich auch in jedem Fall sorgfälltig erwogen werden muss, durchaus keine Beweiskraft hat für die Beurteilung der Schwere der Erscheinungen, wobei natürlich die psychopathische Veranlagung der in Betracht kommenden Patientin eventuell in Rechnung zu ziehen ist. Dabei möchte ich betonen, dass gerade die labile Psyche der Frau neben den oben ausgesprochenen Gesichtspunkten ebenfalls zur Operation drängen kann. Denn ebensowenig wie die einen erklären, „lieber sterben zu wollen, als ihren Körper einer verstümmelnden Operation preizugeben", wobei noch gar nicht das Bewusstsein des Fortfalls der Geschlechtsfunktion und der Libido mitzusprechen braucht, bildet sich bei anderen vielleicht psychopathischen Individuen unter Aggravation der etwa noch bestehenden geringfügigen Beschwerden, ein Hang zum Müssiggang aus, oder, die durch das zulange Krankenlager bedingte Entnervung und Verweichlichung macht die Patientin unfähig die Pflichten ihres Lebensberufes voll und ganz ausfüllen zu können. Wenn sie sich dann als nicht vollwertige Mitkämpferin im Konkurrenzstreit des Erwerbslebens fühlen zu müssen glaubt, so werden die Wurzeln dieser psychischen Hemmung, mag sie nun begründet oder unbegründet sein, weniger in den etwa noch restierenden Beschwerden der Krankheit, als in dem ungünstigen Einfluss eines zu langen Krankenhausaufenthaltes zu suchen sein. Mit Absicht verweile ich so lange bei der Besprechung dieses sozial-

ethischen Gesichtspunktes, der noch viel zu wenig in den Vordergrund der Diskussion gerückt erscheint, auf den aber Müller und Thorn-Magdeburg in der Freien Vereinigung mitteldeutscher Gynäkologen mit Recht ausdrücklich hingewiesen haben. Soll nun der durch die Krankenhausbehandlung erzielte Erfolg uns wirklich befriedigen, so muss es ein Dauererfolg sein. Unter Dauererfolg möchte ich wie Zinsser den Erfolg nach Verlauf eines Jahres als genügend erachten, da erfahrungsgemäss Recidive fast ausschliesslich innerhalb eines Jahres einzutreten pflegen, ferner im Interesse einer weitgehenderen Kontrolle, die vor allem in der Grosstadt bei einem Nachuntersuchungstermin nach drei Jahren wie dies Prochownik vorschlägt, sehr erschwert sein dürfte. Bei den von mir angestellten Nachuntersuchungen musste ich im Interesse einer selbständigen Krankenbeobachtung, bei der das ursprüngliche Krankheitsbild der Patientin mir bei der Nachuntersuchung noch lebhaft vor Augen stand, in Hinsicht auch auf das Vertrauen der Patientinnen, dass sie einem wildfremden Gesichte und Charakter viel weniger entgegengebracht hätten, auch auf Innehaltung dieses Zeitraumes verzichten; nur dort, wo mir sehr gut ausgeführte Kranken- und Operationsgeschichten vorlagen, konnte ich auf einen weiteren Zeitraum der Beobachtung zurückgreifen. Meine Nachuntersuchungen fanden deshalb durchschnittlich in einem Intervall von neun Monaten nach Austritt aus dem Krankenhaus statt. Erwähnen muss ich allerdings noch, dass sich in meinen Nachuntersuchungen auch einige wenige Fälle finden, die nur poliklinisch behandelt worden sind, die ich also mit Rücksicht auf mein richtig erkanntes Behandlungsprinzip der klinischen Lagerung ausscheiden müsste, die ich aber doch beibehalten habe, da es sich um intelligente folgsame Patientinnen handelte, die unter relativ günstigen sozialen Verhältnissen zu Hause das Behandlungsprinzip streng durchführten, was auch in den

erzielten günstigen Resultaten zum Ausdruck kam. Es sind dies übrigens so wenig Fälle, dass das Endresultat bei Ausschaltung derselben kaum wesentlich verändert würde. Bei der Entscheidung über den Dauererfolg der berichteten Fälle wurde unter Berücksichtigung der Ätiologie der subjektive und objektive Befund genau erhoben und in meiner Statistik dann die Erfolge der operativen und konservativen Therapie jeder Gruppe berichtet unter sorgfältiger Erwägung des nervösen und körperlichen Allgemeinzustandes vor Eintritt in die Behandlung und zur Zeit der Nachuntersuchung. Bei der Aufstellung des subjektiven Symptomenbilds wurden der Patientin bei der Nachuntersuchung folgende Fragen vorgelegt:

1. Wie lange hat es nach Ihrer Entlassung aus der Behandlung gedauert bis sie wieder vollkommen arbeitsfähig waren?
2. Können Sie zurzeit Ihren Beruf völlig ausfüllen und Ihrer Arbeit im Haushalt unbehindert nachgehen?
3. Haben Sie jetzt noch Beschwerden und welche?
4. Wie ist das Verhalten der Periode?
5. Hat sich das Verhalten der Darm- und Blasentätigkeit verändert?
6. Haben Sie Beschwerden bei der Cohabitation?
7. Wie ist überhaupt Ihr Allgemeinzustand, haben Sie unangenehme nervöse Erscheinungen, fühlen Sie sich lebensfreudiger wie früher?
8. Haben Sie seit Ihrer Entlassung aus der Behandlung geboren oder eine Fehlgeburt durchgemacht?

Bei den radikal Operierten kamen dann unter drei bezw. sieben noch folgende Spezialfragen hinzu.

Haben Sie Erscheinungen folgender Art:

1. Blutwallungen (sogen. fliegende Hitzen),
2. unmotivierte Schweissausbrüche,

3. Schwindel,
4. Herzklopfen,
5. Ohrensausen,
6. Schlaflosigkeit,
7. Parästhesien,
8. Angstgefühl,
9. Verstimmungszustände,
10. Gedächtnisabnahme.

Bei dieser Fragestellung wurde besonders betont, die nervösen Erscheinungen vor und nach der Operation genau anzugeben, um eine eventuelle psychische Beeinflussung nach Möglichkeit ausschliessen zu können. Bei der Erhebung der objektiven Befunde kam mir die Kontrolle meiner Resultate durch Herrn Dr. Moraller sehr zu statten, wofür ich ihm auch an dieser Stelle meinen Dank abstatten möchte.

Es möge mir nun erlaubt sein, zu dem eigentlichen Kernpunkt meiner Untersuchungen, zur Therapie überzugehen, wobei ich im grossen und ganzen das am St. Marien-Krankenhaus geübte Verfahren zu Grunde legen möchte, mir jedoch vorbehalte, auch die konkurrierenden Verfahren, wie ich sie in meiner sonstigen praktischen Tätigkeit kennen zu lernen Gelegenheit hatte, abwägend kritisch in Vergleich zu ziehen. Wenn man konservativ etwas erreichen will, muss man der Natur ihre Geheimnisse ablauschen, muss sie in ihrer Arbeit unterstützen, die auf Resorption, Verbackung, Versteifung und Verwachsung hinzielt. In diesem Bestreben muss man prinzipiell die Behandlung der akuten Formen von den subakuten und chronischen trennen. Im akuten Stadium soll die Behandlung in absoluter Bettruhe, eventuell lokalen Abwaschungen der Vulva mit desinfizierenden Lösungen wie Sublimat, Lysol etc. und antiphlogistischen Massnahmen bestehen. Man lege eine Eisblase oder kalte Kompresse auf den Unterleib und

bekämpfe die quälenden Schmerzen am zweckmässigsten durch Gebrauch von Morphium oder Opiumsuppositorien. Zur Entleerung des Darms ist unter geringem Druck ein lauwarmer Mastdarmeinlauf am besten mit Zusatz von Kamillen zu empfehlen. Wenn ich noch betone, dass jede Scheidenspülung besser unterlassen und langdauerndes sehr hohes Fieber durch Antipyretica herabgesetzt werden soll, so habe ich die Grundsätze unserer Behandlung für die akuten Fälle gekennzeichnet, wobei ich noch hinzufügen möchte, dass mit Rücksicht auf die Differentialdiagnose und Prognose eine vorsichtige Sekretentnahme zum Zwecke bakteriologischer Untersuchung aus der Urethra und eventuell Cervix uteri ohne Anhaken der Portio vaginalis erlaubt und länger fortgesetzte Leucocytenzählungen als Masstab für die eitrige Natur der vorliegenden Erkrankung und für die Wiederstandsfähigkeit der erkrankten Patientin angebracht erscheinen. (Albrecht.) Der wichtigste Heilfaktor im akuten Stadium ist die Bettruhe, sie soll auch das subakute fieberfreie Stadium noch überdauern, denn immer wieder wird man die Wahrnehmung machen, dass die gleichmässige Bettwärme und Bettruhe am besten die Schmerzen mindert und dem Kranken Vertrauen zu unserer Behandlung einflösst, eben durch den Fortfall der so quälenden Beschwerden. Von Anfang an halte ich es für zweckmässig, die Patientinnen auf die Heilkraft einer exakt durchgeführten klinischen Lagerung hinzuweisen und sie von vornherein darauf aufmerksam zu machen, dass ihre Gesundung durch rein konservative Massnahmen möglich und sogar wahrscheinlich ist, dass aber die erste Bedingung zu ihrer Genesung neben dem unbedingt notwendigen Vertrauen Geduld sein muss, die ihren tatkräftigen Ausdruck in der vernunftgemässen Befolgung einer ausgedehnten, etwa vier- bis sechswöchentlichen Körperruhe am besten unter den günstigen Bedingungen eines gut ausgestatteten Krankenhauses finden müsse. Gilt somit in dem durch Fieber charak-

terisierten akuten Stadium der Grundsatz nil nocere, so tritt nach dem endgültigen Nachlassen des Fiebers eine aktivere Behandlung in ihre Rechte. So verschieden auch die Heilmethoden sein mögen, die in neuester Zeit als wirksam empfohlen worden und miteinander in Wettbewerb getreten sind, sicher ist, dass alle die Erzeugung einer aktiven Hyperämie bezwecken, der die aufsaugende und heilende Wirkung durch Zuführung von Phagocyten und Bakteriolysinen zuzuschreiben ist. Auch hier geht man zweckmässig mit der nötigen Vorsicht von den weniger eingreifenden Massnahmen zum schweren Geschütz über. Man appliziert zunächst Priessnitzumschläge mit Salzwasser oder Alkohol, die früh und abends erneuert werden, und deren Heilwirkung durch aufgelegte Thermophore unterstützt werden kann, lagere das Becken behufs Erleichterung des Blutabflusses hoch, und gehe allmählich zu lauwarmen bis heissen Scheidenspülungen mit Zusatz von Lugolscher Lösung über, die durch Anregung der Resorption der Entzündungsprodukte nützlich wirken. Nähert sich nun das subakute fieberfreie und durch bedeutendes Nachlassen der quälendsten Schmerzen gekennzeichnete Stadium seinem Ende, so versuche man heisse Sitzbäder von etwa 35—40° Celsius, am besten mit Zusatz von 2—3 Pfund Stassfurter oder Seesalz, die, um unnötige Bewegungen zu vermeiden, am besten im Krankenzimmer genommen werden sollten. Die Dauer des täglich zu verordnenden Bades bewege sich in aufsteigender Linie zwischen 10 und 20 Minuten. Regelmässige Temperaturmessungen sind auch während dieses Stadiums noch unbedingt erforderlich. Ein Steigen der Temperatur erfordert sofortiges Zurückgehen auf das Regime des akuten Stadiums. Ein weiterer sehr günstiger Heilfaktor, der am Ende des subakuten Stadiums in Anwendung kommen sollte, besteht in der Applikation von 5—10%igen Ichthyolglyzerintampons, wobei ich bemerken möchte, dass sich ge-

rade dieses Präparat den übrigen in Betracht kommenden (Jodglyzerin, Thiol, Thigenolglyzerin) in der Schnelligkeit der resorbierenden und, wie die Kranken angaben, auch schmerzstillenden Wirkung unbedingt überlegen zeigte; jedoch haben mir erst in letzter Zeit gemachte Erfahrungen bestätigt, dass die Angaben verschiedener Autoren zu Recht bestehen, dass Ichthyolvasogen viel wirksamer sei als Ichthyolglyzerin. An den Tagen der Tamponbehandlung, die man natürlich auch durch entsprechende Vaginalkugeln ersetzen kann, kann man das Sitzbad aussetzen oder aber auch bei kluger Ausnützung der Zeit und bei entsprechender Kontrolle des Wohlbefindens der Patientin beide gleichzeitig in Anwendung bringen. Von der dritten bis vierten Woche ab lasse man die Kranken allmählich aufstehen, um sie zweckmässigerweise in der frischen Luft eines zur Verfügung stehenden Gartens oder einer Veranda ihre Liegekur fortsetzen zu lassen, dabei Bewegung in aufsteigenden Dosen verordnend. Sind die Kranken so fast beschwerdefrei nnd dauernd fieberfrei geworden, so tritt der Heissluftapparat in seine Rechte, dessen heilbringende Wirkung man kaum hoch genug anschlagen kann. Am zweckmässigsten verwendet man elektrische Lichtbogen mit allmählicher Steigerung von Lampenzahl und Dauer. Lokal tritt hiebei bald eine starke Rötung der Bauchhaut ein, sie erscheint hie und da stark marmoriert als Zeichen der maximalen Ektasie der in Betracht kommenden Blutgefässe; die vorhandenen Schmerzen hören nach anfänglicher, kurzdauernder Steigerung bald auf, der Puls ist beschleunigt und eine wohltuende Schweissekretion tritt am ganzen Körper auf. Die starke Durchwärmung des Unterleibs führt also zu einer kräftigen Hyperämie, die durch Überschwemmung mit Phagocyten und Bakteriolysinen auf die kranken Gewebe eine heilsame Wirkung ausübt, vielleicht aber auch durch den Grad der direkten Körperdurchwärmung Verhältnisse schafft, welche für die die Krankheit erregenden Mikroben,

speziell für die Gonococcen, äusserst ungünstig sind, da sie die Blutwärme übersteigende Temperaturen nicht gut ertragen und dadurch zum spontanen Absterben gebracht werden. Neben dem Heissluftapparat, der täglich etwa $^1/_2$—1 Stunde in Anwendung gebracht werden kann, ist es im chronischen Stadium vor allem die Belastungstherapie in ihren verschiedenen Formen und die örtliche manuelle Massage, die von verschiedenen Autoren zur Behandlung schwieliger Prozesse im chronischen Stadium mit Erfolg in Anwendung gebracht wird. Beide Methoden fanden am St. Marien-Krankenhaus keine Verwendung, sind mir aber aus meiner sonstigen praktischen Tätigkeit wohl vertraut. Der beiden gemeinsame Effekt besteht in der durch sie verursachten momentanen Blutleere des Beckengewebes und der darauf folgenden konsekutiven Blutüberfüllung sowie in der Dehnung von Narben des Beckenbindegewebes. Was die Belastungstherapie anlangt, sei es, dass man sie in der Form des Quecksilberkolpeurynters, sei es in der Form des Hartgummidehncylinders (an Grösse und Liegedauer steigend) in Anwendung bringt, so muss ich gestehen, dass eine längere Behandlung mit derselben oft illusorisch gemacht wird, weil die Patientinnen öfters, durch die starken Schmerzen irritiert, eine weitere derartige Behandlung ablehnten. Ich ziehe ihr darum, wohlgemerkt bei sicher chronischen Fällen, bei denen die Infektion weit zurückliegt, die örtliche manuelle Massage vor, die bei geeigneter Auswahl der Fälle ein souveränes Heilmittel darstellt, um die Schwarten und Narben des Beckenbindegewebes zu dehnen, wohl geeignet auch, die oft allein noch fortbestehenden Kreuzschmerzen völlig zu beseitigen, die Lymph- und Blutzirkulation innerhalb des Beckens zu fördern, Stauungszustände der Gebärmutter und chronische Obstipation zu beseitigen und, wie z. B. Ziegenspeck behauptet, durch eine Auslösung der Eierstöcke und Eileiter aus ihren zerrenden und

einengenden Verwachsungen eine Schwangerschaft zu ermöglichen, die ohne dieses Vorgehen wohl nie eingetreten wäre.

Erwähnen wir nun schliesslich noch den von vielen gelobten heilsamen Einfluss des Moors in der Form von Voll- und Sitzbädern, sowie örtlichen Umschlägen, sowie die von Zweifel in die Therapie eingeführte Argentaminbehandlung, über die ein abschliessendes Urteil noch nicht zu gewinnen ist, so ist der Rüstschatz unserer konservativen Therapie erschöpft. Mit derselben sind schon von verschiedenen Autoren befriedigende Dauererfolge berichtet worden, z. B. von Prochownick 70%, Asch 54%, Forssner 63,6%, Zinsser 65%. Bei dem von mir untersuchten Krankenmaterial, dessen Prozentverhältnisse ich bei der teilweisen Kürze der Beobachtungsdauer nur mit einer gewissen Reserve wiedergeben möchte, fand ich etwa 62% Heilerfolge der konservativen Behandlung (vollständige Heilung), wobei ich bemerken möchte, dass unter 88 Fällen 47 konservativ behandelt wurden und 41 der Operation zugeführt wurden. Bei den operativen Fällen fanden sich etwa 75—80% Dauerheilungen,*) eine Zahl, welche auch Schauta angibt, während Landau und Lawson Tait bei dem grösseren Radikalismus ihres Vorgehens noch bessere Resultate erzielt haben wollen.

Wir wenden uns nun zur operativen Therapie der chronisch-entzündlichen Adnexerkrankungen. An dieser Stelle mag nocheinmal wiederholt werden, dass uns dieselbe in allen jenen Fällen angezeigt erscheint, wo eine durch klinische Lagerung exakt durchgeführte konservative Behandlung keine nennenswerte Besserung der Beschwerden oder Arbeitsfähigkeit schafft, sowie dann, wenn soziale Verhältnisse oder langdauernde schwächende Blutungen ein Zuwarten unmöglich

*) Darunter verstehe ich örtliche Beschwerdefreiheit. Bei Berücksichtigung der so häufigen nervösen Ausfallserscheinungen fanden sich ca. 50—60%.

machen. Zwei Wege sind es, die uns zur Erreichung unseres Zieles offen stehen, der abdominale und der vaginale Weg. Es scheint mir rätlich, auch hier das individualisierende Prinzip ausdrücklich zu betonen durch den Hinweis, dass die Art des operativen Vorgehens bei der Variabilität des Krankheitsbildes und der Ursache seiner Entstehung von Fall zu Fall bestimmt werden soll.

Vor allem ist wohl die Frage zu beantworten ob der Eiter in den Adnexen durch die Abschwächung der Virulenz seiner Erreger ungefährlich geworden ist und ich darf darauf hinweisen, dass der gonorrhoische Eiter viel weniger gefährlich ist, als man gemeinhin annimmt. Um nun die Natur des Eiters festzustellen wird von einigen Autoren die Probepunktion empfohlen und ich bin in Übereinstimmung mit Weinbrenner, Henkel und Thorn der Meinung, dass bei vorsichtiger Ausführung mit einer nicht zu starken Punktionsnadel eine Aussaat der Keime nicht zu befürchten ist. Wie wir schon hervorgehoben haben, ist es bei gonorrhoischem Eiter nicht nötig, den Eingriff ängstlich hinauszuschieben, wenn man auch nach Möglichkeit etwa 1/2 Jahr nach der wahrscheinlich erfolgten Infektion zuwarten sollte, während man bei septischen Infektionen — in Frage kommen septische Tubeneiterungen und Senkungsabszesse im Douglas —, die im Anschluss an Geburt, Abort oder intra-uterine Eingriffe entstanden sind, gut tun wird, statt der radikalen Methode bei der zwingenden Notwendigkeit operativen Eingreifens infolge andauernder fieberhafter Exarzerbationen die Inzision und Drainage vom hinteren Scheidegewölbe vor allem in Frage zu ziehen. Wenn ich mich nun zur Besprechung der in Frage kommenden Operationsmethoden wende, mag es mir zuerst erlaubt sein, den Unterschied zwischen den vaginalen und abdominalen hervorzuheben, sowie die Vor- und Nachteile beider gegeneinander abzuwägen. Was

zunächst die psychische Seite anbetrifft, so ist hier zu betonen, dass sich die Patientinnen leichter zu der „Operation von unten“ entschliessen, als zu dem in fortgeerbter Erinnerung an die Schrecken der vorantiseptischen Zeit so gefürchteten Leibschnitt, wobei bei den gebildeten und besserbemittelten Volksschichten wohl auch die Furcht vor einem schlechten kosmetischen Effekt vorherrschen dürfte. So sehr nun auch der Frauenarzt, wenn er wirklich etwas erreichen will, den Wünschen der Patientinnen nach Möglichkeit entgegenkommen soll, so ist in solchen lebenswichtigen Fragen doch nur der objektive Standpunkt streng wissenschaftlicher Erkenntnis berechtigt. Theoretisch betrachtet erscheint es ja wohl bei der eitrigen Natur der in Frage stehenden Erkrankungen im Interesse eines weitgehenden Schutzes des Bauchfelles wünschenswert, die vaginalen Methoden zu bevorzugen; indes muss dieses scheinbar so berechtigte Bestreben deswegen als wenig zweckmässig verworfen werden, weil man nur allzu oft genötigt ist, den Uterus zu opfern und Organteile mit zu entfernen, deren geringfügige Veränderungen besonders mit Rücksicht auf das jugendliche Alter der in Frage kommenden Patientinnen ihre Erhaltung, in der Hoffnung auf eine mögliche Ausheilung, als unbedingt wünschenswert erscheinen lässt. Berücksichtigt man ferner, dass bei der Häufigkeit der komplizierenden Appendicitis eine Revision des Wurmfortsatzes prinzipiell vorgenommen werden sollte, um dessen Entfernung gegebenenfalls anzuschliessen (Krönig, Döderlein) und ferner, dass bei der Lösung von Verwachsungen vielleicht unkontrollierbare Darmverletzungen schwerwiegender Natur unterlaufen können, so scheint es mir richtig, mich ebenso wie Weinbrenner und viele andere für die Bevorzugung der abdominalen Operation zu entscheiden.

Immerhin wird die Wahl des operativen Weges in einer Reihe von Fällen Sache der persönlichen Vorliebe des be-

treffenden Operateurs bleiben dank seiner besseren Ausbildung in der einen oder anderen Technik; doch ist daran festzuhalten, dass in einer grossen Anzahl von Krankheitsfällen nur der abdominale Weg berechtigt und erfolgversprechend ist. Dieser nämlich ist in all den Fällen ausschliesslich indiziert, wo Verdacht auf Tuberkulose besteht, ferner dann, wenn grosse verwachsene Tumoren und Affektionen des Blinddarms vorliegen und wenn schwere Verwachsungen hauptsächlich von seiten des Darms zu befürchten sind. Bei der Wahl des abdominalen Weges stehen uns dann auch zur Heilung der die Adnexentzündung so oft komplizierenden Retroflexion zwei erfolgreiche Methoden zur Verfügung, nämlich die Alexander-Adams'sche Ligamentverkürzung bei Ankerschnitt und die Ventrifixur nach Olshausen. Die erstere Methode ist hauptsächlich zu empfehlen bei jugendlichen Personen und Fehlen schwererer Verwachsungen, wenn bei der vorangegangenen Adnexoperation die Erhaltung der Anhänge ganz oder teilweise möglich war, so dass noch Aussicht auf Konzeptionsfähigkeit besteht. Finden sich dagegen ausgedehnte allseitige Verwachsungen und müssen beide Tuben exstirpiert werden, so ist zur Korrektur der vorliegenden Lageanomalie die Ventrifixur zu wählen. Den unleugbaren Vorteilen nun des abdominalen Vorgehens, die vor allem durch die Möglichkeit schonenden, möglichst konservativen Operierens, unter fortwährender Leitung und Kontrolle des Auges bedingt sind, stehen geringe der Kritik nicht immer stichhaltige Nachteile gegenüber. Die früher so gefürchteten Bauchnarbenbrüche sind durch die verbesserten Schnitt- und Nahtmethoden — ich erinnere hier besonders an die Pfannenstiel'sche Schnittführung, deren Vorteile später noch zu erörtern sein werden — eine relative Seltenheit geworden. Durch die günstigen Bedingungen ferner, unter denen der moderne Operateur seine Laparotomien ausführt, erscheint die Infektionsgefahr beim Leibschnitt nicht wesentlich grösser wie

beim vaginalen Eingriff. So bleibt schliesslich nur noch die grössere Shokwirkung. Doch auch diese kann sehr herabgesetzt werden durch rasches Arbeiten des Operateurs, durch Vermeidung stärkerer Abkühlung des Darmtraktus und vielleicht auch durch eine schon einige Zeit vor der Operation durchgeführte Gesundung des Herzens sowie des Zirkulationsapparates (bei Myocarditis und Fettherz) etwa durch geeignete schwedische Heilgymnastik und Verabreichung von Digitalispräparaten, eine Therapie, die auch in ihrem Einfluss auf eine gute Narkose von unverkennbarer Wirkung sein dürfte.

Wenn ich mich nunmehr zur Besprechung des vaginalen Weges wende, so muss ich zuerst die übertriebene Ausdrucksweise Weinbrenners zurückweisen, der die vaginale Operation als ein technisches Experiment bezeichnet. Allerdings gehört eine ziemliche Technik dazu, dass dieses „Experiment“ gelingt, aber es gelingt und hat sogar in den geeigneten Fällen gute Erfolge, wie ich mich sowohl im St. Marien-Krankenhaus als auch an der Klinik von Professor Strassmann überzeugen konnte, der ja ein grosser Anhänger der vaginalen Methoden ist. Es kommt eben nur darauf an, das Indikationsgebiet abzugrenzen. Kontraindiziert ist meiner Ansicht nach der vaginale Weg, wie schon oben angedeutet, bei schweren und ausgedehnten Verwachsungen, bei in Frage kommender Beteiligung des Wurmfortsatzes und bei Verdacht auf Tuberkulose der Adnexe. Berechtigt und sogar geboten dagegen ist der vaginale Weg überall da, wo man fürchten muss, auf Eiter von zweifelhafter Virulenz zu stossen, um so mehr, als sich dann die vorteilhafte Drainage des Douglas als ein Gebot praktischen Denkens fast von selbst aufdrängt. Erlaubt ferner scheint mir der vaginale Weg bei leichteren, nicht zu lange bestehenden Adnexveränderungen und besonders bei älteren Frauen in der Nähe von 40 Jahren, bei denen das Bestreben, möglichst konservativ zu operieren, in Hinsicht auf die Nähe der physiologischen Menopause

etwas zurücktreten darf. Denn hier wird man sich ja viel leichter beim Vorliegen schwerer Veränderungen zu einer Radikaloperation verstehen, während man sich bei jugendlichen Personen, wie ich hier nochmals betonen möchte, wenn irgend möglich, auf partielle Operationen beschränken soll. Erst wenn die partielle Operation, d. h. die Entfernung der schwer erkrankten Tuben, des Processus vermiformis und die Beseitigung der Lageveränderung gar keinen Erfolg gehabt, erst, wenn auch die nach der Operation durchgeführte Heissluftbehandlung keine wesentliche Besserung gebracht hat, tritt die Radikaloperation in ihre Rechte. Diesen weitgehenden Konservativismus möchte ich auch im Gegensatz zu den von Zinsser und vielen anderen ausgesprochenen Anschauungen auch auf die gonorrhoischen Fälle ausgedehnt wissen. Denn in meiner Statistik befinden sich drei Fälle mit sicherer gonorrhoischer Ätiologie, die nach konservativer Behandlung vollkommen geheilt und sogar gravid geworden sind, und auch Herr Dr. Moraller verfügt über einige weitere Fälle, in denen er bei jugendlichen Patientinnen nur die schwerer erkrankte Tube entfernt, die leicht erkrankte aber entgegen der Lehre zurückgelassen hat; die letztere ist ausgeheilt und die betreffende Trägerin gravid geworden. Es würde nun hier zu weit führen und auch wenig Wert haben, die vaginalen Operationsmethoden zu besprechen. Dagegen scheint es mir angebracht, ebenso wie ich oben bei der Besprechung der abdominalen Operation auf die speziellen Indikationen der Ventrifixur und der Alexander Adamsoperation eingegangen bin, hier der Vaginifixur einige Worte zu widmen. Die vaginale Fixur im Anschluss an die Colpocochotomia anterior kommt in Fällen komplizierender Retroflexion hauptsächlich bei älteren Frauen in Betracht, namentlich dann, wenn ein bestehender Scheidenprolaps schon an und für sich das Vorgehen von der Scheide aus indiziert. Doch dürfen bei der vaginalen Operation die Verwachsungen

des Uterus resp. der entzündlich veränderten Adnexe nicht so fest und ausgedehnt sein, dass die Mobilisierung des Uterus auf erhebliche Schwierigkeiten stösst. Aber auch bei jüngeren Frauen lässt sich die Vaginifixur ohne die Gefahr späterer Geburtsstörungen ausführen, wenn man die Fixation nicht höher wie 1—1½ cm über die Ansatzstelle der Plica legt; nur die sogen. hohe Vaginifixur ist als die Ursache oft schwerer Geburtskomplikationen anzusprechen. Zugegeben ferner, dass die Colpotomie für die Kranken keinen so grossen Eingriff bedeutet wie die Cöliotomie, so muss doch auch andererseits zugestanden werden, dass der Einblick in die Bauchhöhle kein so guter ist wie bei der abdominalen Cöliotomie, und dass man dabei häufig nicht so schonend und konservativ vorgehen kann wie bei der Laparotomie. Mit Recht weist darum Küstner darauf hin, dass, was von der kleinen Colpotomiewunde aus nur blind und wühlend vorgenommen werden kann, bei der ventralen Profixur unter stetiger Kontrolle des Auges sicher, sauber und exakt gemacht wird. Erscheint nun auch nach den vorstehenden Ausführungen die vaginale Operation relativ unexakt gegenüber der zielbewussten Sicherheit und Eleganz der abdominalen Methode, so darf doch nicht verkannt werden, dass sie sich nicht nur zwanglos ohne grösseres operatives Trauma in den vaginalen Operationsplan einfügt, sondern auch bei geeigneter Indikationsstellung, richtiger Ausführung und guter Technik befriedigende Resultate gibt.

Ich wende mich nunmehr zur Besprechung der abdominalen Operation, wie sie sich allmählich zur Vermeidung der Bauchfellintektion, der Stumpfexudate und in der Bedienung geeigneter Nahtmethoden herausgebildet hat, wobei ich vor allem dem im St. Marienkrankenhaus geübten Vorgehen folgen will. Die abdominale Operation gestaltet sich dort folgendermassen:

Die Eröffnung der Bauchhöhle geschieht meist mit dem Pfannenstielschen Querschnitt, einer Schnittführung, der ich

in Übereinstimmung mit Zinsser und im Gegensatz zu Weinbrenner und Henkel nur Gutes nachsagen kann, vorausgesetzt, dass man durch Bauchdeckenschutz oder durch rechtzeitiges Wechseln der Handschuhe und sorgfältige Auftupfung etwa entleerten Eiters eine Verunreinigung der etwas komplizierten Bauchwunde vermeidet, die sich so mit grosser Sicherheit ausschliessen lässt. Dabei verdanken wir dieser eleganten Schnittführung trotz eines relativ kleinen Schnittes ein übersichtliches gutes Gesamtbild, eine durch Verheilung der Bauchdeckenschichten in zwei Richtungen überaus feste und widerstandsfähige, durch Bauchbrüche fast nie komplizierte Narbe, die auch in kosmetischer Hinsicht vor allem durch Benutzung von Michelklammern bei der Hautnaht fast ideal zu nennen ist. Vor Eröffnung des Bauchfells kommt die Kranke in Beckenhochlagerung, die Därme werden mit grossen Kompressen zurückgeschoben. Als Hauptbedingung ist nun daran festzuhalten, die Tumoren auf beiden Seiten teils stumpf, teils mit der Scheere aus ihren Verwachsungen zu lösen und zu stielen, wenn irgend möglich unter Vermeidung jeder Verletzung der Nachbarorgane. An der Beckenwand geschieht dies zweckmässig meist stumpf, während man Darmadhäsionen am besten scharf mit der Scheere durchtrennt. Erst dann soll an deren Abtragung herangetreten werden, wenn man ein klares Bild über die Schwere der Veränderungen sowie darüber gewonnen hat, ob und wo Eierstockgewebe erhalten werden kann. Wird der Darm verletzt, so erfolgt sofortige Vernähung nach dem üblichen Verfahren der Darmnaht. Was die Asepsis betrifft, so kam hauptsächlich das trockene Verfahren in Anwendung, mit dem sehr befriedigende Resultate erzielt wurden, wenn auch die Rehnschen Resultate und die neuesten Veröffentlichungen aus der Döderleinschen Klinik beweisen, dass bei vollkommener Technik auch die feuchte Asepsis Hervorragendes zu leisten vermag, wie ja auch bei

diffuser Peritonitis die Kochsalzspülungen schon seit langer Zeit mit äusserst günstigem Erfolg zur Anwendung kommen. Zur Verhütung einer nicht genug zu fürchtenden sekundären Bauchfellentzündung erscheint mir ein sorgfältiges reinliches Arbeiten, exakteste Blutstillung und peinlichste Peritonealisierung der Stümpfe als die beste Vorsichtsmassregel, da ja in einem mortifizierten, durchbluteten Gewebe etwa vorhandene Keime vorzüglich gedeihen können. Ist es nicht möglich, in dem morschen entzündeten Gewebe die häufig diffuse kapilläre Blutung durch Umstechung vollständig zu stillen, so ist man genötigt, zum Zwecke der Blutstillung sowohl als auch im Interesse einer guten Drainage, durch den hinteren Douglas zu drainieren. Die Tamponade durch die Bauchdecken wird von fast allen Autoren wegen der eitrigen Infektion der Bauchdeckenschichten, des viel schwereren Abflusses des Eiters und der Entstehung des sekundären Bauchbruches als verfehlt verworfen; im Marienkrankenhaus wurde sie niemals angewandt. Wohl aber wurde bei Operation eitriger Fälle, wenn das Peritoneum in grösserer Ausdehnung von demselben beschmutzt wurde oder in Fällen, in welchen schwer zu stillende parenchymatöse Blutungen die Gefahr einer Infektion infolge langer Operationsdauer nahelegten, von der Drainage durch den hinteren Douglas Gebrauch gemacht. Um einer Entwicklung der Keime ferner noch vorzubeugen, ist es nötig, alle etwa vom Peritoneum entblössten Flächen sorgfältig zu übernähen und eventuell wird es sich empfehlen, das Rektum oder die Flexur durch einige Nähte so zu befestigen, dass das Wundbett gegen die freie Bauchhöhle abgeschlossen ist. Erwähnen will ich hier noch, dass im grossen und ganzen die Gynäkologen (Olshausen) dazu neigen, die Bauchhöhle primär zu schliessen, während von seiten mancher Chirurgen (Amberger) die Drainage aufs wärmste empfohlen wird. Ist das Peritoneum intakt, so besitzt es eine so grosse Widerstands-

kraft gegenüber den Bakterien, dass man selbst bei Beschmutzung durch virulenten Eiter die Bauchhöhle schliessen kann. Ist es aber in seiner Vitalität durch eingreifende operative Manipulationen stark geschädigt und befürchtet man starke Sekretansammlungen, die einen günstigen Nährboden für eingebrachte Keime abgeben, so mag man sich für den chirurgischen Standpunkt entscheiden. Ferner empfiehlt es sich, alle Massenligaturen, die nicht selten die Ursache für thrombophlebitische Prozesse bilden, zu vermeiden und an deren Stelle die blutenden Gefässe einzeln zu unterbinden. Wenn dadurch auch die unangenehmen Stumpfexudate nicht mit Sicherheit vermieden werden können, so sind dieselben doch viel seltener wie bei der Massenligatur. Zur Vermeidung ausgedehnterer sekundärer Verwachsungen ist es dringend notwendig, die durch vollständige oder teilweise Abtragung der Adnexe entstehenden Stümpfe ganz exakt nach sorgfältiger Unterbindung der blutenden Gefässe mit einer fortlaufenden Katgutnaht zu peritonisieren, was ja schon, wie oben ausgeführt, im Interesse eines ungestörten aseptischen Heilungsverlaufes geboten erscheint. Diese Grundsätze waren auch, wie sie in dieser Weise von den meisten Autoren betont werden, für das Vorgehen im Marienkrankenhause massgebend, und ich kann zu meiner Freude berichten, dass bei den 41 operierten Fällen nicht nur kein Todesfall, sondern auch keine irgendwie in Betracht kommende und der Operation zur Last zu legende Infektion vorgekommen ist. Auch erinnere ich mich nicht, irgendwie beträchtliche Stumpfexudate gesehen zu haben, ebenso blieben die Kranken, dank der geübten Vorsicht von ausgedehnten sekundären Verwachsungen durchwegs verschont.

In einem Zeitalter, wo die Hygiene als Vorbeugungsmassregel infektiöser Erkrankungen ihre höchsten Triumphe gefeiert hat, wo Arbeiterversicherung und Mutterschutz als lapidare Schlagworte das unverkennbare Bestreben des Gesetz-

gebers erkennen lassen, im Interesse der Rassenhygiene die Lebensbedingungen der arbeitenden Klassen zu heben, würde es mir als eine Lücke in den Behandlungsmethoden erscheinen, wollte ich nicht auch die Gesichtspunkte betonen, die als Prophylaxe unsere Behandlungsmethoden krönen sollten. Hier möchte ich vor allem in Übereinstimmung mit Prochownik das Mahnwort an die Ärzte richten, in dem wohl gutgemeinten Bestreben zu helfen, den Kranken vor allem nicht zu schaden, wie dies leider durch eine unangebrachte Vielgeschäftigkeit in Bezug auf die intrauterinen Massnahmen viel zu oft geschieht. Auch mag es mir hier erlaubt sein auf die wichtigsten einschlägigen Fragen der sozialen Medizin kurz hinzuweisen, deren Lösung mit der Behandlung der chronisch-entzündlichen Adnexerkrankungen in so engen heilsamen Konnex zu bringen ist. Neben einer nicht genug zu befürwortenden Reform des Hebammenwesens (Dr. Faltin) kommen hier die Aufklärungsbestrebungen der breiten Volksschichten in Bezug auf die Häufigkeit und die unheilvollen Folgen der Geschlechtskrankheiten in Betracht. Hier müssen die Bestrebungen einsetzen, die der körperlich schwächeren Frau ihre von alters her zustehende Schonung wieder zuteil werden lassen, der die Frau ebenso wie das Kind infolge der Steigerung der sozialen Ansprüche und der Erschwerung der Lebensbedingungen während des Siegeslaufs des industriellen Fortschritts verlustig gegangen ist. Denn mit Recht hebt Bossi hervor: „Wenn der zivile industrielle und landwirtschaftliche Fortschritt einerseits dazu führte, die weibliche Energie zur ökonomischen und intellektuellen Produktion in ausgedehnterer Weise heranzuziehen, so dass dieselbe sogar manchmal in Konflikt mit der männlichen Energie tritt, unterliess er es fast, der Verwendung solcher neuer Energien die hygienischen Normen und prophylaktischen Massregeln beizufügen, welche der Natur und den besonderen Forderungen des weiblichen Organismus ent-

sprechen.“ Auch all die Nachtseiten des Grosstadtlebens, — ich erinnere hier nur an die sexuellen Entartungen, den Malthusianismus, den verbrecherischen Abort —, wozu nach Bossi der grösste Antrieb besteht, sowohl gefördert durch die Umgebung, in der sich die Arbeit vollzieht, als durch die Anforderungen der Arbeit selbst und auch durch die dem Proletariat von dem modernen Leben geschaffenen Lebensweise, alle diese Gebrechen des modernen Staatskörpers müssen wirksam bekämpft werden. Auch müsste es vielmehr als bis jetzt möglich sein, ähnlich wie man bei konsumierenden Erkrankungen die Patienten wenigstens zeitweise unter andere günstigere Lebensbedingungen stellt, die Patientinnen einem Beruf zu entreissen, dessen während der Rekonvaleszenz fortgesetzte Ausübung, ich erinnere hier nur an den ungünstigen Einfluss des Maschinennähens, den ich so oft beobachten konnte, den geeignetsten Nährboden schafft für ein Rezidiv, dessen Eintreten seelische Störungen herbeiführen kann, die noch viel schwerer zu bewerten sind als das Wiederaufflackern körperlicher Symptome, welche die Kunst des Arztes dem „zum Dulden geborenen Weib“, auch wenn es arbeiten muss, wenigstens einigermassen erträglich machen kann.

Wahrlich, hier sehe ich noch grosse und schöne Aufgaben, deren endgültige Lösung aber wohl der Zukunft vorbehalten bleiben muss. Wenn erst in das indolente Dahindämmern der durch das rauhe Erwerbsleben oft stumpf gemachten Massen der lichte Strahl verständnisvollen Gehorsams gegenüber den Forderungen der Rassenhygiene gefallen ist, wenn erst durch die Schaffung möglichst günstiger Lebensbedingungen für die arbeitenden Klassen sowie durch weitgehende Aufklärung der Jugend und der Erwachsenen der Boden für das Wirken des Arztes vorbereitet ist, dann wird auch hier die Therapia sterilisans magna unter der Fahne hygienischer Prophylaxe die Erfolge unserer Arbeit krönen.

Nunmehr am Schluss meiner Ausführungen angelangt, mag es mir vor allem erlaubt sein, meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Dr. Moraller, für seine liebenswürdige Unterstützung und Förderung bei diesen Untersuchungen herzlichen tiefgefühlten Dank zu sagen. Nach der Erfüllung dieser Dankespflicht bleibt es mir schliesslich nur noch vorbehalten, die Ergebnisse meiner Untersuchungen zusammenfassend wiederzugeben.

Die Summe meiner Erfahrungen möchte ich hiemit zusammengedrängt in folgenden Sätzen niederlegen:

1. Die konservative Behandlung der chronisch-entzündlichen Adnexerkrankungen, die als ideales Ziel in jedem Falle anzustreben ist, versagt leider in einer Reihe von Fällen teils absolut, teils weil sie sich nicht systematisch genug durchführen lässt.

2. Eine systematische konservative Behandlung lässt sich nur unter den günstigen Bedingungen eines Krankenhauses wirksam durchführen.

3. Die Entscheidung über die Operation ist abhängig zu machen von dem Erfolg einer etwa vier- bis sechswöchentlichen klinischen Behandlung, die man bei zweifelhaften Fällen, wenn irgendwie begründete Hoffnung auf weitere Besserung besteht, nach Verlauf einer etwa zwei- bis dreimonatlichen nicht klinischen Beobachtungszeit zwecks endgültiger Entscheidung wiederholen kann.

4. Sofort zu operieren ist bei bedrohlichen peritonitischen Reizerscheinungen, so früh als möglich zu operieren ist, wenn begründeter Verdacht auf Appendicitis besteht.

5. In allen anderen Fällen ist die Frühoperation angezeigt, wenn die Frauen nach längerer Krankenhausbehandlung keine wesentliche Besserung ihrer Beschwerden neben dem Fehlen nennenswerter Änderungen in dem objektiven Befunde zeigen,

oder nach Wiederaufnahme ihres Berufes schnell rückfällig werden.

6. Bei der Operation soll man sich nach Möglichkeit nur auf die ausschliessliche Entfernung schwer erkrankter Organe beschränken, in jedem Falle aber jugendlichen Patientinnen Reste funktionierender Ovarialsubstanz zu erhalten suchen.

7. Selbst bei Gonorrhoe empfiehlt es sich bei jugendlichen Personen, wenn operiert werden muss, vorerst nur die meist am schwersten erkrankten Tuben wegzunehmen. Erst dann, wenn die Pelvioperitonitis und Pelviocellulitis danach nicht ausheilt und der zurückgelassene Uterus durch heftige unregelmässige Blutungen das Wohlbefinden der Patientin stark beeinträchtigt, empfiehlt es sich, die vaginale Radikaloperation der abdominalen partiellen Operation anzuschliessen. Hat die Trägerin der gonorrhoisch infizierten Adnexe aber das Alter von 40 Jahren erreicht, dann ist die vaginale Radikaloperation jedem konservativen Operationsverfahren vorzuziehen.

8. Im allgemeinen verdient die abdominale Methode vor der vaginalen den Vorzug, da durch dieselbe die Möglichkeit gegeben ist, möglichst konservierend zu operieren.

9. Diese Sätze gelten nur dann, wenn Tuberkulose sicher auszuschliessen ist.

Statistik.

(Erklärung: I. = geheilt, II. = bedeutend gebessert, III. wenig gebessert oder recidiv.

A. Gonorrhoische Fälle = 50, davon operative Fälle = 20.

I. 25 = 17 konservative, 8 operative,
II. 17 = 8 „ 9 „
III. 8 = 2 „ 6 „

B. Postpuerperale Fälle = 23, davon operative Fälle = 12.

I. 16 = 9 konservative, 7 operative.
II. 7 = 2 „ 5 „
III. —

C. Fälle mit unklarer Ätiologie 15, davon operative Fälle 8.

I. 8 = 3 konservative, 5 operative,
II. 6 = 3 „ 5 „
III. 1 = 1 „

Literatur.

H. Albrecht: Die praktische Verwendbarkeit der Leucocytenbestimmung für die Diagnose der entzündlichen Erkrankungen der weibl. Genitale (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 51 Heft 1).

Derselbe: Die Beziehungen der Flexura sigmoidea zum weiblichen Genitale (Archiv f. Gyn. Bd. 83 Heft 1).

Amberger: Zur Operation eitriger Adnexerkrankungen durch ventrale Laparotomie (Archiv f. klin. Chir. Bd. 75. 1).

Derselbe: Zur Operation der Pyosalpinxerkrankungen (Beiträge zur klinischen Chir. Bd. 61. 2).

O. Beuttner: Eine neue Methode zur Exstirpation doppelseitig erkrankter Adnexe (Zentralblatt f. Gyn. 1908 Nr. 32).

Bossi: Pathologie der weibl. Geschlechtsorgane in Beziehung zur Arbeit (Zentralblatt f. Gyn. 1909).

F. Campione: Der wechselseitige Einfluss der Beckenentzündungen u. der Puerperalzustände (Schwangerschaft, Geb., Wochenbett).

A. Döderlein: Die Erkrankungen d. Tuben etc. in Küstners Lehrb.

Engström: Zur Behandlung entzündl. Adnexaffektionen (Sitzungsbericht der 8. Vers. des nord. chir. Vereins in Helsingfors).

Esch: Ein Beitrag z. Behandl. chron. entzündl. Adnexerkrankungen durch ventrale Laparotomie (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 59. 1).

Faltin: Reform des Hebammenwesens (Kommission f. Arbeiterhygiene und Statistik, München 1910).

Fehling: Zur Behandlung eitriger Adnexe (Hegars Beiträge z. Geb. u. Gyn. Bd. 12 p. 339).

Forssner: Zur Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen (Archiv f. Gyn. Bd. 83 p. 447).

Gottschalk: Gynäkologie (Hölder, Wien 1909).

A. Hengge: Die vaginalen Operationen der erkrankten Adnexe (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 26. 6).

Henkel: Beitrag zur Klinik u. z. chir. Behandl. chronisch entzündl. Adnexerkrankungen (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 55 p. 329).

Derselbe: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 54. 1.

Hörmann: Was leistet die konservative Behandlung bei entzündlichen Erkrankungen der Adnexe und des Beckenbindegewebes (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 61 p. 87).

Jung: Erfahrungen bei d. Operation eitriger Affektionen der Adnexe und des Beckenbindegewebes (Archiv f. Gyn. Bd. 69 p. 173).

Klein: Über abdominale Radikaloperation bei eitrigen Adnexerkrankungen (Archiv f. klin. Chir. Bd. 83 p. 661).

Krönig: Zur Prognose der aszendierenden Gonorrhoe beim Weibe (Archiv f. Geb. u. Gyn. Bd. 63 p. 391).

Leopold: Über Adnexoperationen. Verhandl. d. gynäkol. Ges. zu Dresden (Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. 1906 p. 49).

Müller: Wieweit lässt sich die konservative Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen angesichts der Recidive und Kosten rechtfertigen (Sitzungsbericht der freien Vereinigung mitteldeutscher Gyn. vom 27. Juni 1909).

O. Nebesky (Innsbruck): Beitrag zur konservativen Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen (Gyn. Rundsch. 1907 Nr. 13).

Pfannenstiel: Heilung eines perimetr. Exsudates u.s.w. Verhandl. der med. Ges. zu Giessen (Münch. med. Woch. 1904 p. 828).

Prochownik: Zur operativen Anzeigestellung bei chron. entzündl. Adnexerkrankungen (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1909).

Derselbe: Über Dauererfolge der kons. Behandl. chron. entzündl. Adnexerkrankungen (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1909. 4).

Riek, Staude, Seligmann, Sommer: Diskussionsbericht der Geburtsh.-Ges. vom 19. Mai 1908).

Rosthorn: Die Beziehungen der weibl. Genitalien zu inneren Erkrankungen (Verhandl. d. 25. Kongr. f. innere Med.).

J. Schäffer: Der Einfluss unserer therapeutischen Massnahmen auf die Entzündung (Stuttgart, Ferd. Enke 1907).

Veit: Appendicitis und Erkrankungen der Adnexe (Juliheft der ärzlichen Fortbildungskurse).

Walthard: Über die sog. psychoneurotischen Ausfallserscheinungen (Zentralblatt f. Gyn. 1908 Nr. 17).

Weinbrenner: Über die operative Behandl. chron. entzündl. Adnexe (Sitzungsber. d. freien Vereinig. mitteld. Gyn. v. 24. April 1910).

Zinsser: Zur Therapie d. entzündlichen Erkrankungen d. Adnexe. (Prakt. Ergebnisse der Geb. u. Gyn. Wiesbaden 1909).

Ausländische Literatur.

1. Ernestina Perez: Ginecologia (Ersch. Berlin 1910).
2. Daniel: De la colpotomie dans les annexites (Paris 1908).
3. Henry Parricol de Chammard: L'hysterectomie abdominale totale pour les annexites suppurées (Paris 1908).
4. Segond: Teilweises oder vollständiges Zurücklassen der Adnexe bei abdominaler oder vaginaler Totalexstirpation des Uterus (36. Sitzung der Association française pour l'avancement des sciences, Reims 1907).
5. H. T. Byford (Chicago): Vaginale Drainage bei Beckeneiterungen (Surgery, gynecology and obstetric. Vol. IV. Nr. 4.)
6. Delaneux: Des adhérerences intestinales dans les cas de pyosalpinx (Paris 1907).
7. Albert Sénéchal: Étude clinique des tumeurs inflammatoires pelvesperitoniques (Paris 1907).
8. Henry Jardry: La sécretion interne de l'ovaire (Paris 1907).
9. H. Roulland: Über die nichtinfektiösen Adnexentzündungen (Paris 1908).

Curriculum vitae.

Nach zurückgelegtem sechsten Lebensjahre trat ich in die erste Klasse der Volksschule meiner Vaterstadt Ludwigshafen ein, die ich nach dreieinhalbjährigem Besuche zwecks Übertritts an das humanistische Gymnasium verliess. Dort erwarb ich mir die Berechtigung zum Heeresdienst als Einjährig-Freiwilliger und bestand im Jahre 1904 das Abiturientenexamen. Im Oktober dieses Jahres bezog ich sodann die Universität München, wo ich mich sofort dem Studium der Medizin zuwandte. Nach fünf Semestern anregenden Studiums bestand ich in München das Tentamen physicum, verblieb darauf noch ein klinisches Semester daselbst, um dann meine Studien in der Reichshauptstadt fortzusetzen. Nach einjährigem Studium an der Universität Berlin kehrte ich wieder nach München zurück, wo ich mich zu Beginn des Wintersemesters 1909/10 mit Erfolg der medizinischen Staatsprüfung unterzog.